

法政大学学術機関リポジトリ  
HOSEI UNIVERSITY REPOSITORY

## 慢性うつ患者の語りとうつ病言説

著者	堀川 英起
出版者	法政大学大学院
雑誌名	大学院紀要 = Bulletin of graduate studies
巻	84
ページ	69-79
発行年	2020-03-31
URL	<a href="http://doi.org/10.15002/00023133">http://doi.org/10.15002/00023133</a>

# 慢性うつ患者の語りとうつ病言説

社会学研究科 社会学専攻  
博士後期課程3年 堀川 英起

## I. はじめに

厚生労働省（2019）によれば、精神疾患を有する総患者数は急激に増加（2002年258万人→2017年419万人）しているが、その内訳は、入院患者数は減少傾向（2002年34万人→2017年30万人）にあるのに対して、外来患者数は、15年の間に約1.7倍（2002年223万人→2017年389万人）となっている（表1）。また、外来患者数全体に占める疾患別の割合は、2017年には「気分障害」が全体の32%を占めており最も多い（表2）。このように、21世紀に入ってから精神科臨床の中心は、入院から外来に、統合失調症からうつ病や認知症に移行している。

以上の背景のなか、筆者は、2011年に外来通院をしている慢性うつ患者を対象にインタビュー調査を行い、看護職が外来通院中の慢性うつ患者を支援するために必要なことを考察し、看護学修士論文（堀川2012）としてまとめた。しかし看護学の視点からでは、患者が多く時間を割いて語ってくれた「周囲の人間との葛藤」に関するデータを十分に取扱いえずにいた。その後、社会学研究科社会学専攻博士後期課程にすすみ、上記のインタビューデータを再度読み直し、当事者に寄り添った視点から再分析する作業を行ってきたところ、全ての対象者は、医療者である筆者が想定していた姿とは異なった形で、患者なりの自己管理をしていることが分かった（堀川2017；堀川2018；堀川2020）。それらの再分析作業に連なる本稿では、慢性うつ患者の語りとうつ病言説との関係に着目し、慢性うつ患者が、社会に流布しているうつ病言説をどのような仕方でも参照して自らのうつを位置づけ、さらには患者なりの自己管理につなげていたのかを検討する。

表1 精神疾患を有する総患者数の推移

単位：万人

	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年
入院患者	<u>34.5</u>	35.3	33.3	32.3	31.3	<u>30.2</u>
外来患者	<u>223.9</u>	267.5	290.0	287.8	361.1	<u>389.1</u>
総患者数	<u>258.4</u>	302.8	323.3	320.1	392.4	<u>419.3</u>

厚生労働省（2019:3）を元に作成

表2 精神疾患を有する外来患者数（疾患別）

単位：万人、括弧内は割合

	気分（感情） 障害	神経症性障 害、ストレス 関連障害等	統合失調症、 統合失調型障 害等	認知症（血管 性、アルツハ イマー等）	てんかん	精神作用物質使用 による精神及び行 動障害	その他の精神及 び行動の障害
2017 年	124.6 ( <u>32.0%</u> )	82.8 (21.2%)	63.9 ( <u>16.4%</u> )	62.7 ( <u>16.0%</u> )	21.1 (5.4%)	6.4 (1.6%)	31.4 (8.1%)
2002 年	68.5 (30.5%)	49.4 (22.0%)	53.1 ( <u>23.7%</u> )	15.4 ( <u>6.9%</u> )	25.1 (11.2%)	3.9 (1.7%)	9.1 (4.1%)

厚生労働省（2019:4）を元に作成

## II. 日本のうつ病言説の変遷

本節では、次節の事例分析の分析視点となるキーワードを抽出するための準備として、医療人類学者の北中淳子氏の著作に基づいて、日本のうつ病言説の変遷を6つの時代に区別して整理する（表3）。

表3 日本のうつ病言説の変遷

時期	主要なうつ病言説	関連する事柄・出来事
前近代	心身一元論的鬱病観	鬱症（16世紀）、気の留滞論（江戸時代）
戦前	遺伝性の強調	クレペリンの躁鬱病概念（1901）
戦後～1980年代	病前性格・状況論	下田「執着気質」、テレンバッハ「メランコリー親和型」 笠原・木村分類（1975）
1990年代～	ストレス説（過労の病）	一連の過労死裁判、「電通裁判」の最高裁判決（2000）
	諦観の哲学（実存的な病）	あるがままの自己を受け入れる
2000年代～	脳神経化学的な病	DSM-IIIによるうつ病概念の変化（1980） 日本での新世代抗うつ薬の販売開始（1999）
	認知のあり方の病	認知療法への注目（1980年代後半以降） 認知行動療法の保険医療点数化（2010）
2010年代	人格の未熟さを示す病	新型うつ病言説（2010前後）、「道徳的な責め」
	生産性の病	厚労省「職場復帰支援プログラム」（2009）、ストレスチェック制度（2010）

### 1. 心身一元論的鬱病観（前近代）—心身の不調を気で捉える

古来より鬱<sup>2)</sup>は落ち込んだ心理状態を表す言葉として用いられてきたが、他方で、その字体が草木が生い茂っている様子を示すように物ごとが盛んで滞っているという物理的な状態も示していた。そこには、憂鬱感を「自然なこと」として美意識をもって感じ取るまなざしがあった。16世紀になると、うつ病の源流と考えられる「鬱症」はすでに日本の伝統医療に導入されていた。江戸時代には、人はあまりに激しい感情を経験するとき体内に気の留滞が起こり、身体的な鬱を引き起こし、同時に、気鬱した身体は心理的な鬱をもたらすと考えた「気の留滞論」が影響力を持つようになり、「気鬱病」として広く庶民の間で語られるようになった（北中 2014:223）。このように前近代には、心身の不調を気で捉えてきた心身一元論的な鬱病観が浸透していた。心身一元論的な鬱病観は、2000年代に「うつは心の風邪」というキャッチフレーズが大流行したという事実から分かるように、現代日本にもその影響を読みとることができる（北中 2014:116-117）。

### 2. 遺伝性の強調（戦前）—クレペリンの躁鬱病概念の導入

1901年以降、呉秀三がドイツ神経学的精神医学を日本のアカデミアに確立し、E・クレペリンの「躁鬱病」概念を導入したことで、前近代の鬱症は忘れさられていく。クレペリンの躁鬱病は明らかな「脳病」として限定的に定義され、その重篤性、周期性、遺伝性が強調され、躁鬱病者は異質な存在として分類しなおされていった（北中 2014:78-79）。代わって、心労や過労から鬱に陥った人々を表象する用語として大流行したのは、「神経衰弱」であった。神経衰弱は、近代化がもたらす病として上流知識層の「過労の病」として一般化した。徐々に精神的な弱さや怠慢さを意味する「人格の病」を意味するものに反転していき、精神科医の関心領域ではなくなった（北中 2014:87-97）。1932年、神経衰弱のほとんどが人格の問題であるとされその実体をなくしていった時期に、下田光造らが、「模範人」が陥る生物学的基盤を持つ「鬱病」概念を提唱した。下田の鬱病患者は、一度起こった感情が冷却することがなくその強度を長く持続し、何事にも徹底的で正直で几帳面で正確で責任感が異常に強いという「執着気質」を持つとされた。しかし当時は、クレペリンの躁鬱病説の縛りが強く、下田説は戦前の精神医学界ではほとんど影響力を持たなかった（北中 2014:100-101）。

### 3. 病前性格・状況論（戦後～1980年代）—「メランコリー親和型性格」「笠原・木村分類」

この状況が大きく変わるのは、戦後ドイツの人間学的精神医学の思想が紹介され始めてからである。当時のドイツにおいては、生物学的精神医学のナチズムへの協力体制が糾弾されるなかで、精神病的遺伝的決定論が見直され、「普通の人々」が陥る精神病として、躁鬱病を社会的な視点から捉え直す動きが高まっていた。その思想的結晶として日本に紹介されたのが、H・テレンバッハの「メランコリー親和型性格」であった。テレンバッハは、「内因」<sup>3)</sup>という概念を改めて見直し、特に単極型の躁鬱病をとりあげて、性格・状況・発病の関連性について考察し、うつ病になるような人は、秩序に親しみを感じる几帳面な性格を持っていることを見出した。そしてそうした人は、その性格に見合った状況を自分で作りそれを生活の場とした。テレンバッハは、このような性格と状況との密接な連動によって形成される独特の構造のことを「メランコリー親和型」<sup>4)</sup>と名付けた。同時に、テレンバッハ説にきわめて類似した下田説が再評価されるようになり、病前性格—状況論が一気に広まった（北中 2014:102）。1975年に発表された「笠原・木村分類」<sup>5)</sup>は、従来の遺伝論のみならず、性格論、状況論も採り入れた分厚い記述を有し、医療に社会科学の分析を取り込み、自然科学的な見方と架橋しようとする当時の精神医学の試みが結晶化したものだった（北中 2014:126）。

### 4. 過労の病と実存的な病（1990年代）

#### （1）ストレス説（過労の病）—精神障害の社会因の確立

日本ではうつ病の流行が、1991年から始まるバブル崩壊後の史上最悪の自殺率とも重なることで、うつ病が単に脳内異常としてのみならず、社会が構造的に生み出す「ストレスの病」「過労の病」と認識されるようになった（北中 2019）。このような、労働者が精神障害を発症しその結果自殺に至りうるという因果関係を明確にしたのが、2000年の「電通事件」の最高裁判決であった。電通事件とは、1991年に当時24歳だった大手広告代理店の電通社員が自殺した事件である。裁判では、弁護側が過重労働により精神疾患に罹患し自殺したため死の責任は電通側にあるとして争ってきたが、2000年の最高裁判決にて電通側の責任が認められた。当時うつ病から自殺が起きるという考え方は一般的ではなく、精神障害といえば、個人の素因（個人因）が重視されており、環境ましてや仕事によって発症するというようなストレス因（社会因）の考え方は、精神医学界でも認められていなかった。ところが、電通裁判によって司法は、心の病が社会的に生じること、企業はそれに責任を持つべきあることを認め、その後の労働政策を塗り替えた。他方で、ストレスの結果としてうつ病を発症するという「ストレス説」は、急速に産業医学の常識となったが、日本の精神科臨床における伝統的な病因論とは相いれず、新たな混乱が生まれた。一連の過労自殺裁判を通じて、過労に注目した生理学的—社会的（バイオソーシャル）なうつ病モデルが広まったことで、うつ病者は、心理的葛藤を抱えた個人というよりはむしろ、バイオリジカルな力と社会的重圧の犠牲者として捉えられるようになった（北中 2014）。

#### （2）諦観の哲学（実存的な病）—あるがままの自己を受け入れる

過労うつ病をめぐる精神医学の言語は、無理な働き方を振り返る際の「生き方」を変えるための相対化の装置としても働いていた（北中 2014:223）。別の言い方をすると、うつ病は、自分の人生を振り返る機会を与えてくれる「実存的」な病という側面があった。主体へのこだわりを捨て自分の弱さを認め、無理な生き方を振り返り「あるがまま」の自己を受け入れることで回復につながるという「諦観の哲学」が、1990年代の少なくないうつ病患者の中で共有されていた（北中 2019）。

### 5. 脳神経化学的な病と認知のあり方の病（2000年代）

#### （1）脳神経化学的な病—新世代抗うつ薬の登場

日本ではうつ病患者が、2000年代に入ってから激増（1996年43万人→2008年104万人）した。その背景には、DSM—Ⅲの登場<sup>6)</sup>によるうつ病概念の変化に加えて、新世代の抗うつ薬の登場、つまり治療技術の変化があった。新世代抗うつ薬は、従来の抗うつ薬と比較して副作用が少なく、さらに効果が早く発現すると言われており、日本では、1999年に認可され「パキシル」「デプロメール（ルボックス）」という商品名で売り出された<sup>7)</sup>。日本人は精神病に非常に抵抗が強いというマーケティング調査から、製薬会社は身体の病として精神病を広めたほうが良いといった戦略をとり、「うつは心の風邪」というキャッチフレーズで、新世代抗うつ薬のマーケティングを大々的に行い大成功をおさめた（北中 2017）。このようにして、従来は人生の問題とされてきた多様な鬱の現象が、脳神経化学的変調としての「うつ病」として精神科医療の対象となり、大規模な「うつ病の医療化」が始まった。このように、新世代の抗うつ薬がうつ病患者に処方されるこ

とによって、うつは脳神経化学的な病という生物学的な現象として位置づけられるようになった<sup>8)</sup>。

## (2) 認知のあり方の病—認知行動療法という治療法

従来日本のうつ病治療は、過労とストレスに着目したバイオ・ソーシャルモデルのもと、薬物療法を軸としつつも休養と疾病の自然経過を重視してきたが、慢性化したうつ病患者の急増により、治療や回復の在り方が見直されるようになった(北中 2013)。そのような背景のなか、認知行動療法は、薬物療法に匹敵する効果があるとされたことから、2010年に健康保険の対象となった<sup>9)</sup>。米国では1970年代後半から、うつ病を対象とした精神療法があいついで開発され、1980年代を通してそれらの臨床効果が実証されてきた。なかでも、A・ベックの創始した認知療法は、最も多くの実証研究によってその効果が裏付けられたことから、今日のうつ病の心理的アプローチのファーストラインに位置づけられている(中村 2009)。認知療法とは、人間の気分や行動が認知のあり方の影響を受けるという理解にもとづき、「ものの考え方や受けとり方」である認知に働きかけることによって精神疾患を治療することを目的とした構造化された短期の精神療法である(大野 2011)。日本では、認知療法は1980年代後半から注目されるようになってきて、1990年頃からは独自の異なる認知療法と行動療法を併用する実践家が増えてきて、それらを総称して認知行動療法と呼ぶようになった<sup>10)</sup>。

## 6. 人格の病と生産性の病 (2010年代)

### (1) 人格の未熟さを示す病—新型うつ病言説

「ストレスを受けるとうつ病になる」というストレス説が広まると、「うつ病」診断を求める患者が急増し、その結果、安易な薬物療法が先行し、抗うつ薬の副作用でうつが慢性化・遷延化するようになった。そもそもうつ病とは、ストレスに還元しきれない様々な要因が絡んで発症することの多い複雑な病にも関わらず、ストレス説がうつ病理解を単純化、貧困化させることで、ストレスがなくなったはずなのになかなか回復できない労働者のうつ病が、人格の未熟さを示す病なのではないかとネガティブに捉えられ、「道徳的な責め」を負う事態となった(北中 2014)。その典型例が「新型うつ病」言説<sup>11)</sup>である。

### (2) 生産性の病—「リワーク」「ストレスチェック」の制度化

うつ病は、プライベートな「感情の病」としてだけでなく、集団リスクとしての「生産性の病」という新たな意味を帯び始めるようになった。これは、WHOがWorld Bankの要請のもとに開発したDALY(障害調整生存年)の影響が一因であると言われている。DALYの特徴は、死亡率といった従来の指標に加えて、疾病や障害によって失われる年数をも計算することで、それが経済や人々の生活へ及ぼす影響を定量化した点にある。その後、うつ病の有病率は国際的な経済的競争力を示す一つの指標としての意味を持ち始めてきた(北中 2013)。このように、うつが社会構造的な病であるという考え方は、司法—産業—医療間の緊張を孕んだ連携を通じて、世界でも先駆的な社会的救済システムを生み出す一方で、職場のストレスと精神病理が全体管理の対象として捉え直される契機ともなった(北中 2015)。その具体的実践として、リワーク<sup>12)</sup>やストレスチェック制度<sup>13)</sup>の導入が挙げられる。

## 7. 小括—日本のうつ病言説

ここでは、次節の事例分析で用いることになるキーワードを中心に、日本のうつ病言説を要約する。

うつ病の源流ともいえる鬱症は16世紀にはすでに伝統医療の中に組み込まれていて、江戸時代には心身の不調を気で捉える「心身一元論的鬱病観」が浸透していた。20世紀に入ると、遺伝性を強調したクレペリンの躁鬱病概念が導入され、心身一元論的理解にもとづく鬱症はすたれた。戦後は、ドイツの人間学的精神医学の思想が紹介されたのを機に、うつ発病を性格や状況との関連性の中で捉えようとする「病前性格—状況論」が一気に広がり、1975年に「笠原・木村分類」として結晶化した。1990年代には、一連の過労死裁判を機にうつ「ストレス説」が人口に膾炙し、うつ病発症における「社会因」が注目されるようになった。さらに、過労の病としてのうつ病は、患者自身が自らのあるがままを認め無理な生き方をあらためる「諦観の哲学」を導き、実存的な病という側面を持っていた。2000年代には、新世代の抗うつ薬が登場したことで、うつ病は「脳神経化学的」な変調として精神科医療の対象となり、大規模な「うつの医療化」が始まった。また「認知行動療法」が注目されるようになり、薬物療法を軸に休息による自然経過を待つという従来のうつ病治療に、心理学的なアプローチが加わった。2010年代は、うつ病を集団リスクとして捉える「生産性の病」としての側面が注目されることになり、産業領域にリワークやストレスチェック制度が導入されるようになった。

た。また、ストレスの病としてうつ病が単純化して語られることで、ストレスがなくなったのに簡単にはよくならないうつ病者が「道徳的な責め」を負う事態が生じた。

### Ⅲ. 事例の再分析

前節では日本のうつ病言説を概観してきたが、本節ではそれを踏まえて、慢性うつ患者がうつ病言説をどのように参照し自らのうつを位置づけていたかという視点から、調査対象者の語りを捉え返していく。

#### 1. 調査対象者

調査対象者は、「うつ症状が慢性化しているために精神科に通院している患者」6名である（表4）。調査対象者の選定は、精神障害者のための自助グループの代表者を通じて、グループメンバーに調査の主旨や方法などを投げかけて、募集するという方法をとった。インタビュー調査は、2011年4月から8月にかけて行われた。調査者が当初想定していたのは、「うつ病」という精神科診断を受けている者であったが、実際に応募があった対象者の精神科診断名は、「うつ病」4名、「双極性障害Ⅱ型」1名、「不安障害」1名であった。また、最初に接触した専門職の職種は、Fさんのみ臨床心理士であり、他の5名は医師であった。

表4 調査対象者の概要

	年齢	性別	精神科診断名	専門職との初接触時期	左の専門職の職種
Aさん	53歳	男性	うつ病	1998年（40歳）	医師
Bさん	42歳	男性	うつ病	1989年（20歳）	医師
Cさん	37歳	男性	うつ病	1996年（22歳）	医師
Dさん	51歳	女性	うつ病	1992年（32歳）	医師
Eさん	28歳	男性	双極性障害Ⅱ型	2003年（20歳）	医師
Fさん	40歳	女性	不安障害	1987年（16歳）	臨床心理士

#### 2. 結果と考察

対象者の語りは、「うつの発症要因をどこに求めるか（社会因／個人因）」と「うつ病言説にどのような構えをとるか（受容・変形／距離・反発）」の2つの軸を用いると、（1）社会因（ストレス説）によりうつ発症を説明している語り、（2）個人因（病前性格・認知のあり方）によりうつ発症を説明している語り、（3）生産性の病としてのうつに反発する語り、の3つに区別することができた（表5）。

表5 対象者の語りの特徴

語りの特徴	対象者	参照している言説
（1）社会因（ストレス説）によりうつ発症を説明する語り	Aさん	ストレス説（過労）、諦観の哲学
	Dさん	ストレス説（介護）、心身一元論的鬱病観
	Fさん	ストレス説（機能不全家族）、諦観の哲学
（2）個人因（病前性格・認知のあり方）によりうつ発症を説明する語り	Bさん	病前性格論、心身一元論的鬱病観
	Eさん	認知のあり方の病、脳神経化学的な病
（3）生産性の病としてのうつに反発する語り	Cさん	ストレス説（過労）、生産性の病

##### （1）社会因（ストレス説）によってうつ発症を説明する語り

Aさん、Dさん、Fさんの3名は、ストレス説を用いてうつの発症原因を説明していた。さらに、ストレス説とは別の言説を参照しながら、うつを自分なりに捉え返すことでうつに対処し折り合いをつけて生活をしていた。

具体的にまず、Aさんの語りをみてみよう。Aさんは「ストレス説」【A-1】を用いてうつの発症を説明し、「諦観の哲学」【A-2】を参照することによって「生き方」を振り返る機会としていた。

【A-1】病気になった理由っていうのは、私だけの理由で起こっているわけじゃないわけだし、(中略)職場で人間関係崩れたりとか。仕事はプレッシャーがかかって中間管理職やってきましたから、なにうつだ？出せうつというか、仕事上のうつ状態もあるわけですね(中略)ストレスを避けたら治らないですよ。ストレスはあるって前提で考えないといけないんで。ストレスがかかった時にどうネガティブに受け取らずにいられるかなんかと思うんですよ。

【A-2】今までの生き方が、だめなんだよってことって何なんだろうって考えるようになった(中略)私はやっぱり地位だと思うんですね、私のコンプレックスは地位(中略)だったから、地位だけ降ろしてみようっていう風に思えるようになった(中略)年下の上司に仕えていること、昔だったらできなかった。

Aさんは、「仕事」での「ストレス」によってうつが発症し(=ストレス説)、「地位」にこだわってきた「今までの生き方」を変える(=諦観の哲学)ことによって、うつと折り合いをつけて仕事をしていた。

次に、Dさんの語りである。Dさんは「ストレス説」(【D-1】)と「心身一元論的鬱病観」(【D-2】)により自らのうつを説明している。

【D-1】とにかく介護のとき休めなかったから。うつは介護がなくなったんで、徐々に回復していった。

【D-2】マイナス思考になるときは、自分が体調の悪い時。(中略)落ち込んだら落ち込んだでいいやって。布団に入ればいいやって。今日はやらない日って決めちゃって、(中略)何月何日に仕事があるっていうのは、前からそれに照準を合わせて、その前は休むようにして、当日エネルギーを蓄えるように。

Dさんは、「介護のとき休めなかった」のでうつが発症したが「介護がなくなった」ため「徐々に回復」したというシンプルな「ストレス説」によって、うつの経過を捉えていた。またDさんは、「体調の悪い時」や「仕事がある」場合、心身一元論的な意味を持たせた「エネルギー」という言葉を用いることで、うつに対処しながら生活を回していた。

次の語りでは、Fさんが「ストレス説【F-1】」と「諦観の哲学【F-2】」を参照しながら、Fさんなりのうつ病観を構築していることが分かる。

【F-1】30越してから通った精神科の先生に、思春期うつだっただろうねっていう風に言われた。テンションが落ちちゃって、無気力になっちゃって、家から一歩も出られなくなっちゃったんですよ。(中略)母とは感情のバトルというかすごくあったんで。(中略)機能不全家族だったんですよ。私が育った家族もそうだったし、たぶん、父が育った家族もそうだったし、母の方もそうだったと思うんですよ。

【F-2】私、うつ病に対して、プラスに捉えられればいいんですけど、なかなかプラスには捉えられない。逃れることのできない、仕方がないこと。

Fさんは、うつの発症原因を「機能不全家族」という用語を用いて説明している。「機能不全家族」という用語は、子どもの生育に必要な最低限の安全と秩序を欠いた家族を意味するが、医師以外の医療者(=パラメディカル)が用いてきた言葉である。つまり、Fさんが「機能不全家族」という用語を使っているのは、最初に接触した専門職が精神科医ではなく臨床心理士であったことが関連していると考えられる。このように、初めて関わりをもった専門職者が用いた用語が、その後の患者のうつ語りのベースを築く可能性がある。

またFさんは、うつを「プラスには捉えられない」「逃れることのできない」「仕方がないこと」と「諦観」的に捉えている。これは、Aさんのような自分の生き方を変える契機としての典型的な「諦観の哲学」とは異なっている。つまり、Fさんは、生き方を変えるための「プラス」の契機としてうつの経験を位置づけているわけではなく、「諦観の哲学」を「変形」してうつを位置づけているといえる。

このように、Aさん、Dさん、Fさんの3名は、ストレス説によりうつの発症を自分の外側に求めている点は共通していた。一方で、AさんとDさんは、別の言説(諦観の哲学・心身一元論的鬱病観)を「受容」することで、うつを「生き方」や「エネルギー」の問題として自分の内側に置き直し、日々の生活を回していた。他方で、Fさんは、諦

観の哲学を「変形」して参照することで、うつと折り合いをつけて生活をしていた。

## (2) 個人因（病前性格・認知のあり方）によりうつ発症を説明する語り

BさんとEさんは、うつの発症要因を自分自身の中に見出していた。

最初に、Bさんの語りをみてみよう。Bさんの語りは、「病前性格論」(【B-1】)によりうつの発症を位置づけ、「心身一元論的鬱病観」(【B-2】)を活用することによってBさんなりのうつの療養法を説明していた。

【B-1】自分の性格の問題っていうふうに捉えて内向的な性格とか。それで性格変えなきゃっていう考えを持って、大学で少林寺拳法部に入りました。(中略)どっちにしても自分の性格だったらいつかうつになっていたとは思いますがね。なる性格だと思いますね。だから、避けられない道であったかと、うつになること自体が。それがもし社会的な地位がでかあがってからうつになったんでなくてよかったかと(中略)早いうちになったのはよかったかなと。

【B-2】入院中から作業所に行って、一年位。一日三時間くらいから始めてちょっとずつ増やしていく。まずは立っていられることを目標にして(中略)大雑把に言うとも体力作りですか(中略)時間かけても体の芯から作りかえるというか、しっかり作っていくのが良かったのかもしれない(中略)話していること自体で、頭の回転が戻ってくるっていうか、脳が活性化する。

Bさんは自分自身のことを「うつになる性格」「自分の性格の問題」だったと述べている。Bさんは数年にわたる入院生活や自助グループの立ち上げの経験を持つが、その経過の中でうつに関する医学的知識を吸収していたため、ここでの語りは「病前性格論」を踏まえているといつてよいだろう。また、うつからの回復のポイントを「体力作り」「体の芯」「頭の回転」という身体に着目した用語で表現しているが、ここには身体を通じて心に働きかける「心身一元論的鬱病観」の影響を読みとることができる。

次にEさんの語りである。Eさんは、「認知の歪み」「スキーマ」「自動思考」といった認知療法の用語(【E-1】)と、「セロトニン」という脳神経化学用語(【E-2】)を駆使してうつを説明していた。

【E-1】自分がうつになった体験を、認知の歪みがでかいと(中略)(認知療法は)患者として行くんですけど、セミナーに行くような感じ。ネガティブなスキーマが残っていたんで、それを何とか打開したいと思って(中略)細かい話なんですけど、適応的思考にたどり着くまで、自動思考に対して、その根拠は何かとか、それに反する反証とは何かとかやっていくんですよ(中略)自動思考から適応的思考に辿りつくまでにいかないのが、うつ病になりやすい人だと思う。

【E-2】認知療法って、セロトニンを出したもん勝ちなんで。無理矢理でもセロトニンが出ていい気分になれば。

Eさんは、うつの発症要因を「認知の歪みがでかく」「適応的思考まで辿りつかない」と認知療法の用語を用いて表現することで、うつを「諦観」的に捉えるのではなく、コントロール可能で治癒可能なものと変換しようとしていた。そして、「セロトニンを出したもん勝ち」という独特の捉え方によって、目に見えない認知のあり方の変化を「セロトニン」というイメージしやすい物質へと変形させることで、Eさんなりのうつ病観を形成していた。

このように、BさんとEさんは、個人の内側にうつの発症要因を求め、可能な限り他者に頼らず自力で対処しようとしている点は共通していたが、他方で、精神科初診時期の違い(Bさんは1989年、Eさんは2003年)により、それぞれ参照している言説は異なっていた。つまり、Bさんは、1980年代まで主流だった言説である「病前性格論」や「心身一元論的鬱病観」を基盤とし、Eさんは、1990年代以降に現れてきた「認知のあり方の病」と「脳神経化学的な病」という言説を参照していた。

## (3) 生産性の病としてのうつに反発する語り

Cさんは、「会社ですごいパワハラにあって発病した」と「ストレス説」を「受容」してうつ発症の要因を語っていた。これはCさんが、「ストレス説」が語られるようになった1990年代後半に精神科に通院するようになったこ



とと符合する。しかし、Cさんの語りは、うつ発症に関する言及は少なく、身近な人からうつを「生産性の病」とみなされることに「反発」する内容が中心をなしていた。

【C-1】 やっぱり甘えているとかそういう風な判断を下した友人知人とはこっちからシャットダウンして（中略）S病院のほうは、いい加減働かせましょうみたいな感じになって、（中略）でまた病院を転々として（中略）Y病院ってとこなんですけど、働くことを美德とする日本人の価値観をどうかと思うって主治医も言ってくれて。（中略）親のすねをかじって暮らしているっていう感じなんで。直接家を出ないにしても、経済的にだけでも自立したいっていうのはあるんですけど（中略）（うつ病は）マイナス面ばかりではない。（音楽の）作品により意味で反映するようになった。

Cさんは、インタビュー当時すでに10年以上働けずにいた。そのためCさんは、「友人知人」からは「甘えている」と言われ、主治医からは「働かせましょう」と急かされる等、身近な人からの「道徳的な責め」を経験していた。別の言い方をすると、Cさんは、周囲の人との関係性の中で「生産性の病」としてのうつを意識せざるを得ない状況に置かれていた。それに対してCさんは、「働くことを美德とする日本人の価値観」を批判するだけでなく、うつの体験がセミプロ級の腕前を持つ音楽活動に生かされているという自らの実体験を挙げながら、うつは「マイナス面ばかりではない」と語り、うつによって得られる豊かさの側面を強調していた。このようにCさんは、うつを「生産性の病」として捉える周囲の人々に対して「反発」し、うつのプラス面を訴えることで周囲の理解を求めようとしていた。

#### IV. 結論

対象者はいずれも、うつ病言説を受動的に受け入れるのではなく、柔軟に変形して受容したり、逆に距離や反発を示しながら語りを構成していた。また、素材となるうつ病言説は、「専門職と関わりをもった時期」や「最初に関わりをもった専門職の職種」、さらには「身近な人がどのようにうつを理解しているか（どのようなうつ病言説を支持しているか）」によって、慢性うつ患者本人が参照する言説やそれに対する構えが変わることが推察された。

本稿の対象者は、1990年代を中心に精神科診断を受け、2011年にインタビュー調査に協力してくれた人たちであった。彼ら彼女らは、2000年代に、大規模な「うつの医療化」がすすんだために病気としてのうつの認知は一気に広がったものの、なかなか回復しないうつ患者に対する「道徳的な責め」を負わされやすい時代状況を生き抜いてきた人たちである。このような社会的背景を踏まえると、インタビュー当時の対象者は、医療者を含む身近な人からの「道徳的な責め」に対処するために、自分なりの「自己管理」を探索する必要があったと推察できるだろう。

そこで最後に、慢性うつ患者の「自己管理」に焦点を当てた別稿の知見と本稿を結びつけてみたい。まず、社会因によりうつ発症を説明していた患者（Aさん、Dさん、Fさん）は、様々なところにケアを受けられそうな場を複数作るというやり方の自己管理を行っていた（堀川 2020）。次に、個人因によりうつ発症を説明していた患者（Bさん、Eさん）は、自分なりの「説明モデル」を作ることで、医療者に頼らずに自己管理を行っていた（堀川 2018）。さらに、生産性の病としてのうつに反発する語りを展開していた患者（Cさん）は、「働けない」という危機的体験を「分かってくれる人」と「分かってくれない人」とに二分化することで、周囲の人間からの衝撃から自己を守るという自己管理を行っていた（堀川 2017）。このように、「自分のうつをどのように位置づけるか」とその人なりの「自己管理」の仕方の傾向には、ゆるやかな関連性を見出すことができる。別の言い方をすると、慢性うつ患者は、参照するうつ病言説やそれに対する構えを周囲との関係性のなかで選りとりながら、自らのうつを位置づけることで、患者なりの「自己管理」を行う素地を作っていたと考えられるだろう。

〔注〕

- 1) 気分障害とは、躁うつ病とうつ病の両方を含む概念である。精神医学の診断の体系をつくったE・クレペリンは、1899年に、躁うつ病とうつ病を1つの同じ疾患単位として提唱した。その後、H・アキスカは双極性スペクトラムという概念を提唱し、躁うつ病とうつ病を連続した病態として捉え、クレペリンの考えを継承した。他方で、最新のDSM-5が採用しているのは、躁うつ病とうつ病は異なる病気だとする考え方である。その考え方では、躁うつ病とうつ病は、「遺伝子の影響（躁うつ病のほうがうつ病より遺伝子の影響が大きい）」と「発症年齢（躁うつ病は10代後半から20代前半くらいに発症するが、うつ病は25歳以降）」が明確に異なるということを根拠として両者を区別している（松本 2018）。

- 2) 藤山によれば、1946年に「鬱」という漢字が当用漢字表に収載されなかったことをきっかけに、鬱病をうつ病と書き表すことが定着している。そもそも熟語をその一部だけひらがなに開く、「うつ病」「抑うつ」のような表記は日本語の用字法にそぐわない例外的なものであるという。鬱という漢字は、2010年の常用漢字表に収載されたが、鬱という字の含むある種の重さの感覚のせい、か、「うつ」という軽い表記は生き残っている（藤山 2018:57）。
- 3) ドイツの精神医学者であるクレペリンは、精神疾患を病因に基づき「外因性」「心因性」「内因性」に区分していた。外因性とは、脳に直接侵襲を及ぼす身体的病因（脳梗塞、脳腫瘍、糖尿病など）や薬剤の副作用といった明確な器質的な異常によって生じている障害である。心因性とは、環境からの負荷に対する何らかの心理的な反応や個人の性格によって引き起こされた障害を指す。内因性とは、外因性でも心因性でもなく原因不明だが、遺伝的素因が背景に想定されている精神障害をいう（中井・山口 2004）。
- 4) H・テレンバッハは、「メランコリー親和型」の人は、これまでずっと慣れ親しんできた秩序の中に自らを押し込め（＝インクルデンツ）、その状況で何よりも大事にしてきた規範を達成できずにいる（＝レマネンツ）状況を作っていくとし、その状況を「前メランコリー状況」と名付けた。そして、「前メランコリー状況」がぎりぎりまで維持された後、その破綻によってうつ病は発症し特有の諸症状が現れると主張した（中嶋 2012）。

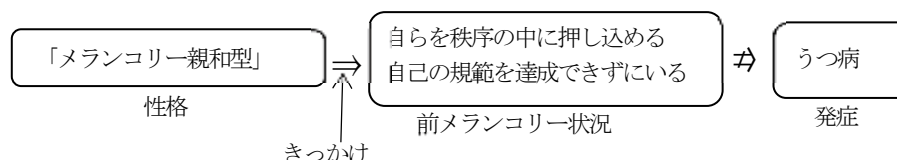


図1 テレンバッハの性格・状況・発症図式（中嶋 2012 を参考に作成）

- 5) 「笠原・木村分類」は、病像・病前性格・発病前状況・治療への反応・経過を総合することを通じて、I型というメランコリー親和型に関連する「内因性うつ病」、II型という循環気質に関連する「内因性躁うつ病」、III型という未熟性格に関連する「心因性うつ病（抑うつ神経症）」、そしてその他の比較的特殊なタイプのうつ病（IV型：偽循環型分裂病、V型：悲哀反応、VI型：その他のうつ状態）に分け、さらに各類型を細分類したものである。表6は、「笠原・木村分類」のうちI型からIII型を抜き出し要約したものである（笠原 2015:20-22）。

表6 うつ状態分類表

	仮称	病像	病前性格	発病状況	治療への反応	経過
I型	メランコリー性格型うつ病、あるいは性格（反応）型うつ病	精神症状と身体症状の双方を具備する典型的うつ病像。しばしばその病状は網羅的で、かつ多くの例において画一的である	メランコリー親和型（テレンバッハ）、執着気質（下田、平沢）	特有の状況変化による頻度が高い（転勤、昇任、家族成員の移動、身体疾患への罹患、負担の急激な増加ないし軽減、出産、居住地の移動と改変、愛着する事物あるいは財産の喪失など）	治療意欲が高い。抗うつ薬によく反応。精神療法は支持的精神療法で十分	概して良好。ふつう一定の期間（3カ月から6カ月が多い）を要して治癒。反復傾向はII型より少ない
II型	循環型うつ病	I型に準じるが、個別症状をI型ほど網羅的に持たず、画一性にも乏しい	循環性格（クレッチマー）	I型ほど明白でない場合が多い。生物学的条件の関与が少なくない（季節、月経、出産等）	抗うつ剤への反応はI型ほどよくない	概して良好であるが、反応傾向はI型より高い
III型	葛藤反応型うつ病	I型のように症状を完備せず。ときに依存性と他責的傾向あり。	未熟。秩序愛ならびに他者への配慮が少ない	過大な負担。性格的弱点に触れるような困難。対人葛藤。発達危機	抗うつ剤はほとんど無効。本格的な精神療法を要する	慢性化遷延化の傾向が強い

- 6) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) とは、アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association : APA) が出版している、精神疾患の診断基準・診断分類である。DSM は、個々の障害に対して、その障害があると診断するために存在すべき症状を列挙したものである。Cooperによれば、DSM はこれまでおよそ 15 年毎に大きな改訂がなされてきた。DSM 第一版は 1952 年に出版されたが薄く安価な本でほとんど読まれず、1968 年に出版された DSM-II は、少し厚くなったが影響力はほんのわずかな増しただけだった。1980 年の第三版になってはじめて、DSM はおおよそ現在の形式をとるようになり重要なものになり始めた。そして、新たな版（1987 年に DSM-III-R、1994 年に DSM-IV、2000 年に DSM-IV-TR）が出る度に、DSM はより厚く高価になり、精神疾患の最も重要な分類システムとしての地位が確立された。最新の版である DSM-5 は 2013 年 5 月に出版された（Cooper 2014=2015）。DSM-5 のうつ病（major depressive disorder）の診断基準では、表 7 のような 9 つの症状のリストが提示され、そのうち 5 つが同一の二週間の間存在すれば「うつ病」と診断される。このように、精神医学の診断基準は、DSM-III以降、症状の背景や成育歴を探るといった洞察的な姿勢とは決別し、病因は問わずに明確な診断基準を設けることによって診断の客観性や公共性を高めることを目指すようになった。

表7 DSM-5のうつ病 (major depressive disorder) の診断基準

1. その人自身の明言 (例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる) か、他者の観察 (例えば、涙を流しているように見える) によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。
2. ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退 (その人の言明、または観察によって示される)。
3. 食事療法中ではない著しい体重減少、あるいは体重増加 (例えば、1ヶ月に5%以上の体重変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。
4. ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
5. ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止 (ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではなく、他者によって観察可能なもの)。
6. ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
7. 無価値観、または過剰あるいは不適切な罪責感 (妄想的であることもある) がほとんど毎日存在 (単に自分をとがめる気持ちや、病気になったことに対する罪の意識ではない)。
8. 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日存在 (その人自身の言明、あるいは他者による観察による)。
9. 死についての反復思考 (死の恐怖だけではない)、特別な計画はない反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

- 7) 抗うつ薬は、1957年に初めて登場し、1960年代に三環系抗うつ薬と呼ばれる抗うつ薬のラインナップが出そろった。その後の抗うつ薬の歴史は、主として副作用の少ない服用しやすい薬の開発の歴史だった。1970年代 (日本では1980年代) の四環系抗うつ薬を経て、1982年SSRIという新しいジャンルの抗うつ薬が登場し臨床試験を経て、1988年からアメリカで、1990年代には欧州で売り出された。SSRI以前の抗うつ薬は効果ははっきりしているが、口の渇き、尿の出が悪くなる、便秘、目のかすみ、頻脈、ふらつきなどの「抗コリン作用」という薬理作用に副作用が避けられなかったが、新世代抗うつ薬であるSSRIは、食欲低下や吐き気などの独特の副作用はあるものの、抗コリン作用による副作用がないため使いやすい薬だといわれている (野田 2013:32)。
- 8) 20世紀以降、疾患 (病気) とは「原因—症状—経過—転帰 (治療の結果) —病理所見」がひとまとまり (単位) になっているものと考えられてきた。しかしうつ病 (精神疾患) は、疾患単位として捉えるにはほど遠く、原因も脳の病理所見も分かっている。うつ病は、脳内の神経伝達物質のセロトニンの不足によって引き起こされていると言われていたが、それは仮説にすぎず、根拠はない (野田 2013:83-84)。
- 9) 保険診療として行われる認知行動療法は、1回の面接時間が30分以上で、原則として16回行われる。厚生労働科学研究班作成のマニュアルに従って行われ、治療の流れは、①患者を一人の人間として理解し、患者が直面している問題点を洗い出して治療計画を立てる、②自動思考に焦点を当て認知の歪みを修正する、③心の奥底にあるスキーマに焦点を当てる、④治療終結、となっている (厚生労働科学研究班 2010)。
- 10) 認知行動療法には、認知療法的な色彩の強い (情報処理理論に基づく新たな治療体系と位置付けられる) 流れと、行動療法的な色彩の強い (学習理論の発展変化の過程として捉えられる) 流れがある (熊野 2012; 池見 2016)。
- 11) 「新型うつ」という言葉は、2008年の香山リカ氏が著書『私はうつ』と言いたがる人たちの中で「新型のうつ」と述べたことが由来とされ、その後マスコミで取り上げられるようになったのを契機に、逃避的で未熟な人格を持った若者が陥る「新型うつ病」としてスティグマ化されるようになり、2012年4月には、NHKスペシャル「職場を襲う“新型うつ”」が放映された (NHK取材班 2013)。
- 12) リワークとは return to work の略語で、職場復帰に向けたリハビリテーションを実施する機関で行われているプログラムである。うつ病を患う労働者の数が急増し、休職したものの復帰後また再発する人々の数も増え、心理的な働きかけを含んだ精神科治療の即効性が求められるようになり、リワークが登場した。2009年に改訂された厚生労働省「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」では、「職場復帰支援プログラム」として事業場に休職の開始から通常業務の復帰までの流れを策定するよう求めている (厚生労働省・中央労働災害防止協会 2010)。リワークプログラムは、基本は認知行動療法的なスタンスをとっているため、個人が自分の環境をどう解釈するかという心理面に焦点を当てる手法であり、社会の「構造の歪み」よりは個人の「認知の歪み」を問うものである (北中 2013)。
- 13) 2010年には、職場においてうつ病の予防を目指すストレスチェックが制度化された (北中 2019)。20世紀を通じて、精神障害をはじめとした脳神経疾患に関しては、日本でもプライバシーの領域として健康診断の項目から外れてきた。しかし、現在誰もがうつ病になるリスクを抱えしかも一度発症してしまうとなかなか完治し難いために、発症前に介入して病を未然に防ぐべきとする「予防精神医学」が力を持ち始めるようになった。このようなストレスチェック制度が導入されるに至った背景には、日本には、一歳児健診から始まるライフサイクル全体を覆うスクリーニングシステムが確立しており、また職場では集団検診を行うという文化的な下地があったことが関係している。ストレスチェック制度は、心の病を単なる個人病理ではなく、社会病理として捉える視点を法制化したという点で画期的であり、企業に心の健康を守る義務を課した世界的にも先駆的な取り組みと言える。他方で、従来プライベートと見なされてきた個人の心や秘密の領域に踏み込み、企業や国家の監視下に置くという意味において、心の管理の新しい時代の到来を示したとも言える (北中 2017)。

#### 〔文献〕

- Cooper, Rachel, 2014, *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Cathy Miller Foreign Rights Agency. (= 2015, 植野仙経・村井俊哉訳『DSM-5を診断する』日本評論社)
- 藤山直樹, 2018, 「精神分析からみた鬱病臨床——パーソナルな覚書」内海健・神庭重信『「うつ」の舞台』弘文堂:56-91.
- 堀川英起, 2012, 「うつ症状が慢性化した患者の回復過程に影響を与える要因」東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科看護学専攻修士論文.
- 堀川英起, 2017, 『他者を二分化する』物語とその困難——慢性うつ患者の語りと医療のまなざし『社会志林』63(4):287-303.
- 堀川英起, 2018, 「慢性うつ患者の〈自己管理〉の物語——患者の『説明モデル』に着目して」『社会志林』64(4):123-141.

- 堀川英起, 2020, 『ヘルスケア・システム』の物語——慢性うつ患者の〈自己管理〉とは何か『保健医療社会学論集』30(2), 印刷中.
- 池見陽, 2016, 『傾聴・心理臨床学アップデートとフォーカシング』ナカニシヤ出版.
- 笠原嘉, 2015, 『うつ病臨床のエッセンス』みすず書房.
- 加藤忠史, 2014, 『うつ病治療の基礎知識』筑摩書房.
- 香山リカ, 2008, 『「私はうつ」と言いたがる人たち』PHP 研究所.
- 北中淳子, 2013, 「うつと文化——医療人類学的視点から」『最新精神医学』18(6):585-591.
- 北中淳子, 2014, 『うつの医療人類学』日本評論社.
- 北中淳子, 2015, 「うつ病の論理と倫理」『精神医学の基盤(2) うつ病診療の論理と倫理』学樹書院: 46-55.
- 北中淳子, 2017, 「うつ病は日本でどのように広まってきたのか」<http://wedge.ismedia.jp/articles/-/10223?page=2>, 2019 年 8 月 25 日取得.
- 北中淳子, 2019, 「うつ病が『人生の苦悩』から『脳疾患』に変化したことの意味——うつの医療人類学」<https://gendai.ismedia.jp/articles/-/65584>, 2019 年 7 月 17 日取得.
- 厚生労働科学研究班, 2010, 「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」(平成 21 年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」), <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf> 2019 年 8 月 23 日取得.
- 厚生労働省・中央労働災害防止協会, 2010, 「改訂 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き——メンタルヘルス対策における職場復帰支援」, <https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/101004-1.html>, 2019 年 9 月 1 日取得.
- 厚生労働省, 2019, 『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き』日本能率協会総合研究所.
- 熊野宏昭, 2012, 『新世代の認知行動療法』日本評論社.
- 松本卓也, 2018, 『心の病気ってなんだろう?』平凡社.
- 中井久夫・山口直彦, 2004, 『看護のための精神医学 第 2 版』医学書院.
- 中嶋聡, 2012, 『「新型うつ病」のデタラメ』新潮社.
- 中村敬, 2009, 「うつ病の認知療法・マインドフルネス・森田療法」『現代うつ病の臨床——その多様な病態と自在な対処法』創元社: 288-300.
- NHK 取材班, 2013, 『職場を襲う「新型うつ」』文藝春秋.
- 野田正彰, 2013, 『うつに非ず——うつ病の真実と精神医療の罪』, 講談社.
- 大野裕, 2011, 「認知療法 (認知行動療法)」『現代精神医学事典』弘文堂:80.